Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Incidence du quartier sur les taux d'hospitalisation des enfants et des adolescents pour blessure non intentionnelle

par Didier Garriguet

Octobre 2010

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Incidence du quartier sur les taux d'hospitalisation des enfants et des adolescents pour blessure non intentionnelle

par Lisa N. Oliver et Dafna E. Kohen

Résumé

Contexte
La recherche semble indiquer que le fait d'habiter dans un milieu mieux nanti a une incidence positive sur la santé des enfants. Le lien avec les blessures est moins clair. Notre analyse porte sur les variations des taux d'hospitalisation à la suite de blessures non intentionnelles selon le revenu du quartier chez la population canadienne âgée de 0 à 19 ans et vivant en milieu urbain.

Données et méthodes
L'analyse a porté sur les données des dossiers de congés des patients âgés de 0 à 19 ans hospitalisés pour une courte durée au cours de la période allant de 2001-2002 à 2004-2005. Les blessures ont été classées à l'aide de la Classification internationale des maladies. Les aires de diffusion du recensement ont servi à définir les quartiers, et les quintiles de revenu ont été calculés à l'aide des données du Recensement de 2001. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour 10 000 années-personnes à risque ont été calculés pour chaque type de blessure, par sexe, par groupe d'âge et par quintile de revenu du quartier.

Résultats
Les enfants et les adolescents habitant dans les quartiers du quintile de revenu inférieur présentaient généralement un taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure non intentionnelle plus élevé que ceux vivant dans les quartiers du quintile supérieur. La tendance était particulièrement évidente chez les enfants de 0 à 9 ans des quartiers à faible revenu dans le cas des blessures liées au transport terrestre, à l'empoisonnement, au feu, à la noyade et à la suffocation, aux coupures ou perforations et au milieu naturel.

Interprétation
Les enfants canadiens vivant dans des quartiers à faible revenu présentent de manière générale des taux d'hospitalisation liée à des blessures non intentionnelles plus élevés que les enfants des milieux plus aisés.

Mots-clés
Classe sociale, conditions sociales, développement de l'enfant, dossiers des hôpitaux, plaies et blessures, situation socioéconomique, traumatismes.

Auteures
Lisa N. Oliver (1-613-951-4708; lisa.oliver@statcan.gc.ca) et Dafna E. Kohen (1-613-951-3346; dafna.kohen@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Les blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents constituent un problème de santé publique au Canada[1]. En 2004, les blessures non intentionnelles ont entraîné 30 345 hospitalisations chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans[2]. En 2003-2004, environ un cinquième des coûts d'hospitalisation de courte durée chez les enfants étaient attribuables aux blessures et aux empoisonnements[3]. Les blessures graves et les traumatismes chez les enfants sont associés à des incapacités et à une piètre qualité de vie liée à la santé tant à court terme qu'à long terme[4-7]. De surcroît, les blessures non intentionnelles sont la principale cause de mortalité chez les enfants et les adolescents au Canada, ayant occasionné 664 décès en 2004[8].

Il a été établi que le quartier où ils habitent constitue un facteur important de la santé des enfants[9-13]. Par ailleurs, bien que la recherche semble indiquer que le fait d'habiter dans un milieu mieux nanti a une incidence positive sur la santé des enfants, le lien avec les blessures est moins clair, et on découvre de manière de plus en plus certaine que ce lien dépend du type de blessure[14-22].

Pour diverses raisons, le revenu d'un quartier pourrait être lié aux blessures subies par les enfants. L'environnement social et physique des quartiers à faible revenu peut présenter un risque de blessures pour les enfants[23-26]. De plus, la relation entre le revenu du quartier et les blessures est susceptible de mettre en évidence des facteurs individuels et familiaux. Par exemple, les enfants vivant au sein de familles à faible revenu sont moins susceptibles de porter un casque de vélo que les enfants de familles

plus aisées[27,28], et plus susceptibles d'être exposés à des risques à la maison[29].

La relation entre le fait de vivre dans un quartier défavorisé et les blessures pendant l'enfance a été examinée dans le cadre d'études antérieures au moyen de données d'enquête autodéclarées ou déclarées par les parents[30-32] ou encore de données administratives sur l'hospitalisation et la mortalité[22,33-35]. Les enquêtes, cependant, permettent généralement de recueillir des données sur une seule blessure, et la prévalence déclarée des blessures graves (c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation) est faible. Les études fondées sur des données administratives portent souvent sur un seul hôpital ou une seule ville[22,35], ou ne portent pas sur une grande variété de blessures non intentionnelles[33,34].

Afin de remédier à certaines de ces lacunes, nous nous sommes fondés, dans notre étude, sur des données hospitalières nationales pour examiner le lien entre le revenu des quartiers urbains et l'hospitalisation à la suite de blessures non intentionnelles chez les enfants et les adolescents.

Méthodologie

La Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) contient, pour chacune des hospitalisations, un dossier de congé du patient. L'information-santé orientée vers la personne (ISOP), tirée de la BDMH, établit des liens entre les dossiers en question à l'échelle de la personne. L'ISOP comprend l'âge, le sexe, les diagnostics, les dates d'admission et de sortie ainsi que le lieu de résidence du patient.

Aux fins de notre analyse, nous avons établi des liens à l'échelle de la personne pour 87 % des dossiers sur la morbidité hospitalière. Des 13 % des dossiers non utilisés, 10 % se rapportaient à des nouveau-nés (exclus) et 3 % comportaient un identifiant non valide. La présente étude est fondée sur 852 234 dossiers d'hospitalisation d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 19 ans vivant dans une région urbaine du Canada et ayant obtenu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée au cours des exercices financiers (avril à mars) 2001-2002 à 2004-2005.

Classification des blessures

Les blessures non intentionnelles ont été classées à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM). Les provinces canadiennes n'utilisaient pas toutes la même version de la CIM pendant la période visée; les codes de la CIM ont été analysés selon la version utilisée (tableau A en annexe).

Les données indiquent les « cas de blessure » et non le nombre de congés de l'hôpital ou de personnes.

Les dossiers de congés des patients permettent de consigner plusieurs diagnostics; les dossiers comprenant au moins un diagnostic de blessure non intentionnelle ont été utilisés aux fins de l'analyse.

L'ISOP comprend un enregistrement unique pour chacune des sorties de l'hôpital. Afin d'éviter de compter plusieurs fois la même blessure, nous avons créé un « cas de blessure » pour les personnes ayant obtenu leur congé de l'hôpital et ayant été admises de nouveau (par exemple dans le cas d'un transfert) le même jour. Au cours de la période visée par l'étude, il y a eu 76 227 « cas de blessure » non intentionnelle chez les 0 à 19 ans, ce qui correspond à 73 244 personnes. La grande majorité de ces personnes (96,3 %, n=70 537) ont été hospitalisées une seule fois; durant la même période de quatre ans, 3,7 % des personnes (n=2 707) ont été hospitalisées plus d'une fois à la suite d'une blessure non intentionnelle.

Dans toutes les provinces à l'exception du Québec, il est possible d'indiquer plus d'un code de blessure pour une même blessure. Au total, 349 hospitalisations (0,45 % de l'ensemble des cas) s'étaient vu attribuer des codes de blessure dans plus d'une catégorie. Comme l'analyse d'un échantillon de ces cas a montré qu'ils semblaient tous plausibles (par exemple un épisode d'hypothermie et une blessure découlant d'un accident de la route), ils ont été inclus dans l'étude.

Définitions

Les *blessures non intentionnelles* regroupent toutes les blessures non intentionnelles à l'exclusion des effets indésirables ou des complications de soins chirurgicaux et médicaux. Les blessures non intentionnelles ont été regroupées en neuf catégories à l'aide des classifications de l'Agence de la santé publique du Canada[36] : blessures entraînées par les chutes, blessures liées au transport terrestre, blessures causées par un heurt, coupures et perforations, empoisonnement, blessures causées par le feu, noyade et suffocation, blessures liées au milieu naturel et autres blessures. Ce système de classification a été créé dans le cadre de l'International Collaborative Effort on Injury.

Les *blessures entraînées par les chutes* sont occasionnées par les chutes sur la glace ou la neige et les chutes d'un meuble, d'une structure de jeux, d'un arbre ou d'une falaise. Les chutes mettant en cause des véhicules de transport, de l'eau (comme dans le cas d'une noyade) et du feu sont dans des catégories différentes.

Les *blessures liées au transport terrestre* se rapportent aux accidents survenant sur la surface terrestre et mettant en cause piétons, cyclistes, motocyclettes, automobiles, camionnettes, fourgonnettes, véhicules lourds, autobus, trains, tramways, véhicules industriels et véhicules tout-terrain.

Les *blessures causées par un heurt* sont celles qu'on subit lorsqu'on est heurté par un objet lancé, un équipement de sport, une personne ou une foule, ou qu'on les heurte, ou lorsqu'on se cogne contre un objet en marchant.

Les *coupures et perforations* (y compris celles causées par des pièces de machinerie) sont causées par le contact avec des objets comme le verre, un couteau, des outils à main, une tondeuse à gazon, des outils électriques ou des appareils électroménagers ainsi que le contact avec des dispositifs de levage, de la machinerie agricole et toute autre machine non précisée.

Les *blessures causées par le feu* résultent d'un feu dans un logement privé, un bâtiment ou un autre type de construction, ou à l'extérieur (par exemple un incendie de forêt), ou encore de l'inflammation de vêtements et du contact avec un objet en feu.

L'*empoisonnement* correspond à l'intoxication accidentelle causée par l'exposition à des médicaments, des narcotiques, des pesticides, des produits chimiques, des gaz et des vapeurs.

Par *noyade* et *suffocation* (deux causes distinctes combinées en une catégorie) on entend la noyade ou la submersion dans une baignoire, une piscine ou un plan d'eau naturel de même que la suffocation causée par de la terre ou une autre substance, l'obstruction des voies respiratoires, le confinement dans un environnement pauvre en oxygène ou dans un lit.

Les *blessures liées au milieu naturel* comprennent les morsures, les piqûres et les coups provenant d'un animal, d'un insecte ou d'une plante, l'exposition au bruit, aux vibrations, à la chaleur, au froid ou à la variation de la pression de l'air, ainsi que le manque de nourriture et d'eau.

La catégorie des *autres blessures* comprend les blessures causées par une arme à feu, le surmenage, l'explosion d'un objet, l'exposition à un courant électrique, les séquelles ou les effets tardifs d'un événement classé dans une autre catégorie ainsi que les accidents de transport non terrestre.

Les aires de diffusion (AD), de petites unités géographiques du recensement ayant une population de 400 à 700 habitants, ont servi à définir les quartiers. Pendant le traitement des données, les AD où habitaient des patients ont été déterminées, à l'aide de leur code postal, par le Fichier de conversion des codes postaux plus[37]. La détermination des AD a été moins précise au Québec, où les dossiers de congés des patients ne comprennent que les trois premiers caractères du code postal. Les analyses de sensibilité desquelles a été exclu le Québec n'ont pas donné de résultats significativement différents, alors le Québec a été inclus dans toutes les analyses. Les AD situées dans une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) ont été considérées comme étant des zones urbaines. Les RMR sont des zones urbaines comptant au moins 100 000 habitants; les AR ont un noyau urbain d'au moins 10 000 habitants[38].

Les quintiles de revenu du quartier ont été calculés à partir des données du Recensement de 2001 à l'aide du revenu moyen de l'équivalent d'une personne seule dans chacune des AD, calcul qui tient compte des différences de taille des ménages. Le revenu moyen de l'équivalent d'une personne seule a été obtenu en divisant le revenu total des ménages de l'AD par le nombre total d'équivalents d'une personne seule. Afin de tenir compte des variations du coût de la vie au Canada, les quintiles de revenu ont été établis pour chacune des RMR et des AR. Le revenu a été supprimé dans les AD comptant moins de 250 habitants et, dans de tels cas, il a été imputé à l'aide de données non supprimées d'AD environnantes.

Au total, 1 086 hospitalisations à la suite d'une blessure non intentionnelle (1,4 %) ont été exclues des analyses parce que les données sur le revenu des AD n'étaient pas disponibles. De ce nombre, 1 049 cas ont été exclus parce que le code postal était absent ou invalide, et dans 37 cas, il a été impossible d'imputer les données sur le revenu en raison de suppressions dans les AD environnantes.

Méthodes statistiques

Les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure non intentionnelle ont été calculés à l'aide des données du Recensement de 2001. Les taux ont été normalisés selon l'âge afin de tenir compte de la distribution inégale de la population en fonction de l'âge dans les quintiles de revenu du quartier.

Les années-personnes à risque ont servi de dénominateur pour les taux d'hospitalisation. On a interpolé la valeur à partir des recensements de 2001 et de 2006, en se servant du point médian de l'exercice financier (octobre). Le dénominateur final représentait la somme des populations interpolées pour les quatre exercices, soit 2001-2002 à 2004-2005. Les taux pour 10 000 années-personnes à risque ont été calculés par groupe d'âge (0 à 9 ans et 10 à 19 ans) et par sexe pour les quintiles de revenu. Les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés à l'aide de la distribution de Poisson.

Le test t a été utilisé pour déterminer s'il y avait une différence notable entre les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure observés dans le quintile de revenu du quartier le plus élevé et ceux observés dans les quintiles inférieurs. On a réalisé un test de tendance linéaire afin de relever les relations linéaires entre les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure et les quintiles de revenu du quartier[39]. On a utilisé un niveau alpha de $p<0,05$ pour établir la signification. Le logiciel SAS (version 9.1, SAS Institute, États-Unis) a servi à l'ensemble des analyses statistiques.

Résultats

Taux supérieurs chez les garçons et les adolescents

Au cours des années 2001-2002 à 2004-2005, le nombre d'hospitalisations à la suite de blessures non intentionnelles s'est chiffré à 76 227 (tableau 1) chez les 0 à 19 ans vivant dans un milieu urbain. Les garçons représentaient les deux tiers de ce nombre; c'est donc sans surprise qu'on a observé un taux brut d'hospitalisation pour 10 000 années-personnes à risque nettement supérieur chez ceux-ci (40,8) que chez les filles (21,6). Le taux brut avait tendance à augmenter avec l'âge : il était d'environ 30 hospitalisations pour 10 000 années-personnes à risque chez les enfants de moins de 10 ans et atteignait près de 35 pour 10 000 années-personnes à risque chez les 15 à 19 ans.

Les blessures entraînées par les chutes étaient la principale cause d'hospitalisation à la suite d'une blessure non intentionnelle (43 %), suivies des blessures liées au transport terrestre (21 %) (figure 1). Les blessures causées

Tableau 1
Nombre d'hospitalisations pour blessure non intentionnelle, années-personnes à risque et taux brut pour 10 000 années-personnes à risque, population urbaine de 0 à 19 ans, Canada, 2001-2002 à 2004-2005

	Hospitalisations	Années-personnes à risque	Taux pour 10 000 années-personnes à risque	
			Brut	Normalisé selon l'âge
Total	**76 227**	**24 295 310**	**31,4**	**31,3**
Sexe				
Garçons	50 653	12 426 567	40,8	40,7
Filles	25 574	11 868 743	21,6	21,6
Âge (en années)				
0 à 4 ans	16 212	5 391 425	30,1	..
5 à 9 ans	16 556	6 008 589	27,6	..
10 à 14 ans	20 972	6 395 095	32,8	..
15 à 19 ans	22 487	6 500 201	34,6	..
Quintile de revenu du quartier				
1 (le plus faible)	14 806	4 514 570	32,8	32,7
2	14 346	4 500 780	31,9	31,9
3	15 401	4 852 265	31,7	31,7
4	16 139	5 266 500	30,6	30,6
5 (le plus élevé)	15 535	5 161 195	30,1	29,9
Catégorie de blessures†				
Blessures entraînées par les chutes	32 695	24 295 310	13,5	13,5
Blessures liées au transport terrestre	15 880	24 295 310	6,5	6,5
Blessures causées par un heurt	8 335	24 295 310	3,4	3,4
Empoisonnements	3 953	24 295 310	1,6	1,6
Coupures et perforations	2 230	24 295 310	0,9	0,9
Blessures liées au milieu naturel	1 760	24 295 310	0,7	0,7
Blessures causées par le feu	1 750	24 295 310	0,7	0,7
Noyades et suffocations	993	24 295 310	0,4	0,4
Autres blessures	8 980	24 295 310	3,7	3,7

† Comme les blessures multiples ont été comptabilisées, la somme des sous-catégories est supérieure au total.
.. n'ayant pas lieu de figurer
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002 à 2004-2005.

par un heurt représentaient 11 % des hospitalisations à la suite d'une blessure non intentionnelle. Relativement peu d'hospitalisations découlaient d'un empoisonnement (5 %), d'une coupure ou d'une perforation (3 %), d'une blessure causée par le feu (2 %), d'une blessure liée au milieu naturel (2 %) et de la noyade ou de la suffocation (1 %).

Comme la répartition par âge de la population était inégale parmi les quintiles de revenu du quartier, les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure non intentionnelle ont été normalisés selon l'âge. Le taux normalisé selon l'âge est passé d'environ 33 hospitalisations pour 10 000 années-personnes à risque dans les quartiers ayant le revenu le plus faible à environ 30 pour 10 000 années-personnes à risque dans les quartiers ayant le revenu le plus élevé (figure 2). Cette tendance a été observée chez les garçons et les filles ainsi que chez les enfants de 0 à 9 ans. Cependant, chez les 10 à 19 ans, les liens entre le revenu du quartier et les hospitalisations à la suite d'une blessure n'étaient pas statistiquement significatifs.

Faible revenu du quartier et taux d'hospitalisation élevés

Dans le cas de plusieurs causes de blessure non intentionnelle, les enfants et les adolescents des quartiers à faible revenu étaient plus susceptibles d'être hospitalisés que ceux des quartiers à revenu élevé (tableau 2, tableau B en annexe). Les taux d'hospitalisation (normalisés selon l'âge) à la suite d'un *empoisonnement* ou d'une *coupure* ou d'une *perforation* étaient nettement plus élevés dans les trois quintiles de revenu du quartier les plus faibles que dans le quintile supérieur. À l'appui de cette observation, le test de tendance linéaire a été globalement significatif, en fonction du sexe et en fonction du groupe d'âge. De même, les taux d'hospitalisation à la suite d'une *blessure causée par le feu* tendaient à augmenter à mesure que le revenu du quartier diminuait. Le test de tendance linéaire effectué pour les cinq quintiles de revenu a été significatif pour les deux sexes et tous les groupes d'âge.

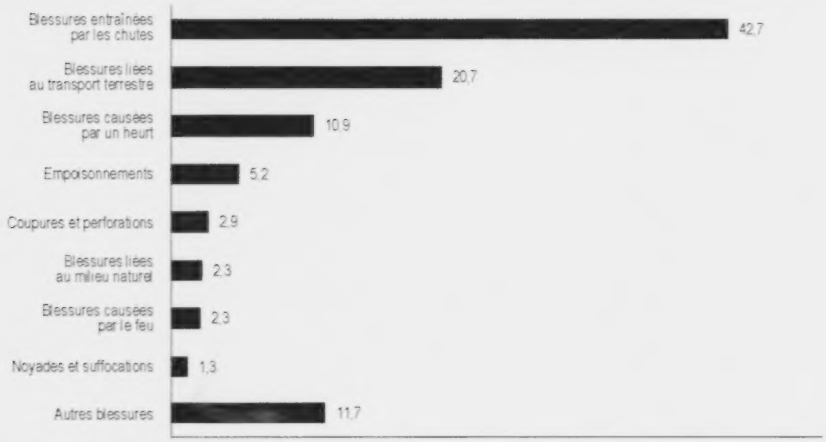
Dans le cas de certaines autres blessures, les taux d'hospitalisation étaient supérieurs dans les quartiers à faible revenu chez les enfants, mais non chez les adolescents. Par exemple, alors que les enfants et les adolescents des quartiers à faible revenu présentaient des taux d'hospitalisation nettement plus élevés pour la *noyade* et la *suffocation*, les *blessures liées au transport terrestre* et les *autres blessures* que ceux des quartiers les mieux nantis, le test de tendance linéaire n'était significatif que chez les enfants de 0 à 9 ans.

Les enfants de 0 à 9 ans des quartiers ayant le revenu le plus faible présentaient des taux d'hospitalisation nettement plus élevés que ceux du quintile supérieur pour ce qui est des *blessures entraînées par les chutes*. En revanche, chez les 10 à 19 ans de ces mêmes quartiers, le taux d'hospitalisation à la suite d'une *blessure entraînée par une chute* était en fait nettement plus faible que chez ceux des quartiers du quintile supérieur.

Revenu du quartier élevé et taux d'hospitalisation élevés

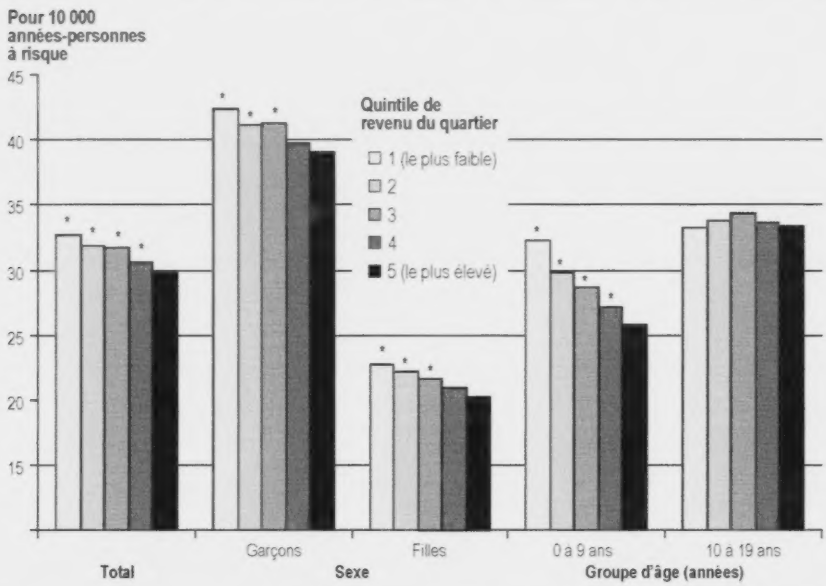
Chez les 10 à 19 ans, les taux d'hospitalisation (normalisés selon l'âge) à la suite de *blessures causées par un heurt* tendaient à augmenter avec le quintile de revenu du quartier. Le test de tendance linéaire a été significatif chez les 10 à 19 ans, mais pas chez les enfants de 0 à 9 ans.

Figure 1
Distribution en pourcentage des hospitalisations pour blessure non intentionnelle, par catégorie, population urbaine de 0 à 19 ans, Canada, 2001-2002 à 2004-2005



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002 à 2004-2005

Figure 2
Taux d'hospitalisation pour blessure non intentionnelle pour 10 000 années-personnes à risque, par sexe, groupe d'âge et quintile de revenu du quartier, population urbaine de 0 à 19 ans, Canada, 2001-2002 à 2004-2005



* différence significative par rapport au quintile le plus élevé ($p<0,05$)
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002 à 2004-2005

Absence de gradient

Dans le cas des *blessures liées au milieu naturel*, aucun gradient en fonction du revenu du quartier n'a été relevé quant aux taux d'hospitalisation. Par exemple, les jeunes des quartiers à revenu moyen (troisième quintile) présentaient des taux d'hospitalisation à la suite de blessures liées au milieu naturel plus élevés que ceux du quintile de revenu du quartier le plus faible.

Discussion

Comme l'ont fait d'autres études[14,15,22,34,40], notre analyse a démontré que les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure non intentionnelle chez les enfants et les adolescents canadiens étaient généralement supérieurs dans les quartiers défavorisés. Cette tendance était observable pour la plupart des types de blessures non intentionnelles, ce qui semble indiquer que les blessures sont liées au niveau de revenu du quartier où vivent les enfants.

Les taux d'hospitalisation à la suite d'un empoisonnement, d'une coupure ou d'une perforation et de blessures causées par le feu étaient supérieurs chez les enfants et les adolescents des quartiers à faible revenu. De plus, chez les enfants de 0 à 9 ans (mais pas chez les 10 à 19 ans), les liens entre le faible revenu du quartier et les hospitalisations à la suite de blessures entraînées par les chutes et d'autres types de blessures non intentionnelles étaient significatifs.

Cependant, les taux d'hospitalisation relatifs à l'ensemble des catégories de blessure n'étaient pas constamment supérieurs chez les enfants des quartiers à faible revenu. En réalité, les taux relatifs aux blessures causées par un heurt étaient nettement supérieurs chez les 10 à 19 ans des quartiers à revenu supérieur. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que cette catégorie comprend les blessures causées par la pratique d'un sport, qui sont susceptibles d'être plus répandues dans les quartiers à revenu supérieur. En effet, une étude menée en Angleterre, en Écosse et au pays de Galles a montré que les taux de fractures dues

Tableau 2
Taux d'hospitalisation (normalisé selon l'âge) pour blessure non intentionnelle pour 10 000 années-personnes à risque, par catégorie de blessures, quintile de revenu du quartier, sexe et groupe d'âge, population urbaine de 0 à 19 ans, Canada, 2001-2002 à 2004-2005

Catégorie de blessures / Quintile de revenu du quartier	Total				Sexe								Groupe d'âge (années)							
					Garçons				Filles				0 à 9 ans				10 à 19 ans			
		Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %		
	Taux	de	à	CTL[1]	Taux	de	à	CTL[1]	Taux	de	à	CTL[1]	Taux	de	à	CTL[1]	Taux	de	à	CTL[1]
Total																				
Total	31,3	31,1	31,6	-0,02*	40,7	40,4	41,1	-0,02*	21,6	21,3	21,8	-0,00*	28,7	28,4	29,0	-0,05*	33,7	33,4	34,0	0,0
1 (le plus faible)	32,7*	32,2	33,3		42,4*	41,6	43,3		22,8*	22,2	23,4		32,2*	31,5	33,0		33,2	32,5	34,0	
2	31,9*	31,4	32,4		41,1*	40,3	41,9		22,2*	21,6	22,9		29,8*	29,0	30,5		33,8	33,0	34,5	
3	31,7*	31,2	32,2		41,2*	40,4	42,0		21,7*	21,1	22,3		28,7*	28,0	29,4		34,4	33,7	35,1	
4	30,6*	30,1	31,1		39,7	39,0	40,5		20,9	20,4	21,5		27,2*	26,5	27,8		33,6	33,0	34,3	
5 (le plus élevé)	29,9	29,4	30,3		39,1	38,3	39,8		20,2	19,7	20,8		25,8	25,2	26,5		33,4	32,8	34,1	
Chutes																				
Total	13,5	13,3	13,6	0,0	17,1	16,9	17,3	0,0	9,7	9,5	9,9	0,0	14,6	14,4	14,8	-0,02*	12,5	12,3	12,7	0,01*
1 (le plus faible)	13,5	13,2	13,9		17,1	16,5	17,6		9,9	9,5	10,3		15,2*	14,7	15,7		12,1*	11,6	12,5	
2	13,6	13,3	14,0		17,2	16,7	17,8		9,9	9,5	10,3		14,9	14,4	15,5		12,5	12,0	12,9	
3	13,4	13,1	13,7		16,9	16,4	17,4		9,7	9,3	10,1		14,5	14,0	15,0		12,4	12,0	12,8	
4	13,3	13,0	13,6		17,1	16,6	17,6		9,4	9,0	9,8		14,1	13,6	14,6		12,7	12,3	13,1	
5 (le plus élevé)	13,5	13,2	13,8		17,2	16,8	17,8		9,6	9,2	10,0		14,3	13,8	14,8		12,8	12,4	13,2	
Transport terrestre																				
Total	6,5	6,4	6,6	-0,1	8,8	8,6	8,9	0,0	4,2	4,1	4,3	-0,1	3,3	3,2	3,4	-0,12*	9,4	9,2	9,6	0,0
1 (le plus faible)	6,9*	6,6	7,1		9,2*	8,8	9,6		4,5*	4,2	4,8		4,2*	3,9	4,5		9,3*	8,9	9,7	
2	6,8*	6,6	7,1		9,1*	8,8	9,5		4,4*	4,1	4,7		3,5*	3,3	3,8		9,8*	9,4	10,2	
3	7,1*	6,8	7,3		9,5*	9,1	9,8		4,6*	4,3	4,9		3,5*	3,2	3,7		10,3*	9,9	10,7	
4	6,3*	6,1	6,6		8,5*	8,2	8,8		4,1*	3,8	4,3		3,1*	2,9	3,3		9,2*	8,9	9,6	
5 (le plus élevé)	5,7	5,5	5,9		7,7	7,4	8,0		3,6	3,3	3,8		2,5	2,3	2,7		8,5	8,2	8,9	
Heurt																				
Total	3,4	3,4	3,5	0,07*	5,3	5,1	5,4	0,06*	1,5	1,4	1,6	0,08*	1,9	1,8	2,0	0,0	4,8	4,7	4,9	0,10*
1 (le plus faible)	3,0*	2,8	3,1		4,6*	4,3	4,9		1,3*	1,2	1,5		2,0	1,8	2,1		3,9*	3,6	4,2	
2	3,2*	3,0	3,3		4,9*	4,7	5,2		1,3*	1,2	1,5		1,9	1,7	2,1		4,3*	4,1	4,6	
3	3,3*	3,2	3,5		5,2*	4,9	5,5		1,4*	1,2	1,5		1,9	1,7	2,0		4,6*	4,4	4,9	
4	3,6	3,5	3,8		5,6	5,3	5,9		1,6	1,5	1,8		1,9	1,7	2,1		5,2*	4,9	5,4	
5 (le plus élevé)	3,9	3,7	4,0		5,8	5,5	6,1		1,8	1,7	2,0		1,8	1,6	2,0		5,7	5,5	6,0	
Empoisonnements																				
Total	1,6	1,6	1,7	-0,13*	1,7	1,7	1,8	-0,14*	1,5	1,4	1,6	-0,12*	2,3	2,2	2,4	-0,13*	1,0	1,0	1,1	-0,13*
1 (le plus faible)	2,2*	2,0	2,3		2,4*	2,2	2,6		2,0*	1,8	2,2		3,0*	2,8	3,2		1,4*	1,3	1,6	
2	1,7*	1,6	1,8		1,8*	1,7	2,0		1,6*	1,4	1,8		2,4*	2,2	2,6		1,2*	1,0	1,3	
3	1,5*	1,4	1,7		1,7*	1,5	1,8		1,4*	1,3	1,6		2,2*	2,0	2,4		0,9	0,8	1,1	
4	1,4	1,3	1,5		1,4	1,3	1,5		1,4*	1,2	1,5		1,9	1,8	2,1		0,9	0,8	1,0	
5 (le plus élevé)	1,3	1,2	1,4		1,4	1,2	1,5		1,2	1,0	1,3		1,7	1,6	1,9		0,9	0,8	1,0	
Coupures et perforations																				
Total	0,9	0,9	1,0	-0,13*	1,3	1,3	1,4	-0,11*	0,5	0,5	0,5	-0,18*	0,7	0,6	0,7	-0,10*	1,1	1,1	1,2	-0,14*
1 (le plus faible)	1,2*	1,1	1,3		1,7*	1,6	1,9		0,6*	0,5	0,7		0,9*	0,7	1,0		1,5*	1,3	1,6	
2	1,0*	0,9	1,1		1,5*	1,3	1,6		0,6*	0,5	0,7		0,7	0,6	0,8		1,3*	1,2	1,5	
3	0,9*	0,8	1,0		1,3	1,1	1,4		0,5*	0,4	0,6		0,7	0,6	0,8		1,1*	1,0	1,2	
4	0,8	0,7	0,9		1,2	1,1	1,3		0,4*	0,4	0,5		0,6	0,5	0,7		1,0	0,9	1,1	
5 (le plus élevé)	0,7	0,6	0,8		1,1	1,0	1,2		0,3	0,2	0,4		0,6	0,5	0,7		0,9	0,8	1,0	
Milieu naturel																				
Total	0,7	0,7	0,8	-0,1	0,8	0,7	0,8	-0,1	0,7	0,6	0,7	0,0	1,1	1,0	1,1	0,0	0,4	0,4	0,5	-0,1
1 (le plus faible)	0,8*	0,7	0,9		0,9*	0,8	1,0		0,7	0,6	0,8		1,1*	1,0	1,2		0,5*	0,4	0,6	
2	0,7*	0,6	0,8		0,7	0,6	0,8		0,7	0,6	0,8		1,1	0,9	1,2		0,4	0,3	0,5	
3	0,8*	0,8	0,9		0,9*	0,8	1,0		0,8	0,7	0,9		1,2*	1,0	1,3		0,5*	0,5	0,6	
4	0,7	0,6	0,8		0,8*	0,7	0,9		0,6	0,5	0,7		1,1*	1,0	1,2		0,4	0,3	0,4	
5 (le plus élevé)	0,6	0,5	0,7		0,6	0,5	0,7		0,6	0,6	0,8		0,9	0,8	1,0		0,4	0,3	0,4	
Feu																				
Total	0,7	0,7	0,8	-0,17*	0,9	0,8	0,9	-0,15*	0,6	0,5	0,6	-0,21*	1,1	1,0	1,2	-0,19*	0,4	0,3	0,4	-0,12*
1 (le plus faible)	1,0*	1,0	1,1		1,2*	1,1	1,3		0,9*	0,8	1,0		1,7*	1,5	1,8		0,5*	0,4	0,6	
2	0,8*	0,7	0,9		1,0*	0,8	1,1		0,7*	0,6	0,8		1,3*	1,1	1,4		0,4*	0,3	0,5	
3	0,6*	0,6	0,7		0,9*	0,8	1,0		0,4	0,3	0,5		0,9	0,8	1,1		0,4	0,3	0,5	
4	0,6	0,5	0,6		0,7	0,6	0,8		0,5	0,4	0,5		0,9	0,7	1,0		0,3	0,3	0,4	
5 (le plus élevé)	0,5	0,5	0,6		0,7	0,6	0,8		0,4	0,3	0,5		0,8	0,7	0,9		0,3	0,2	0,4	
Noyades et suffocations																				
Total	0,4	0,4	0,4	-0,07*	0,5	0,5	0,6	-0,1	0,3	0,3	0,3	-0,1	0,7	0,7	0,8	-0,06*	0,1	0,1	0,2	-0,1
1 (le plus faible)	0,5*	0,4	0,5		0,6	0,5	0,7		0,3*	0,3	0,4		0,8*	0,7	0,9		0,2*	0,2	0,3	
2	0,4	0,4	0,5		0,5	0,5	0,6		0,3*	0,3	0,4		0,7	0,6	0,9		0,2	0,1	0,2	
3	0,4	0,3	0,4		0,5	0,4	0,6		0,3	0,2	0,4		0,7	0,6	0,8		0,1	0,1	0,2	
4	0,4	0,3	0,4		0,5	0,4	0,5		0,3*	0,3	0,4		0,7	0,6	0,8		0,2	0,1	0,2	
5 (le plus élevé)	0,4	0,3	0,4		0,5	0,4	0,6		0,2	0,2	0,3		0,6	0,5	0,7		0,1	0,1	0,2	
Autres blessures																				
Total	3,7	3,6	3,8	-0,02*	4,6	4,5	4,7	0,0	2,7	2,6	2,8	0,0	3,3	3,2	3,4	-0,06*	4,0	3,9	4,2	0,0
1 (le plus faible)	3,9*	3,7	4,0		5,1*	4,8	5,4		2,6	2,4	2,8		3,7*	3,5	4,0		4,0	3,7	4,3	
2	3,7*	3,5	3,9		4,5	4,2	4,8		2,9*	2,7	3,1		3,5*	3,2	3,7		3,9	3,7	4,2	
3	3,8*	3,6	4,0		4,8*	4,5	5,1		2,7	2,5	3,0		3,3*	3,1	3,5		4,2	4,0	4,5	
4	3,6	3,4	3,7		4,3	4,1	4,6		2,8	2,6	3,0		3,1	2,9	3,3		4,0	3,8	4,3	
5 (le plus élevé)	3,5	3,3	3,6		4,3	4,1	4,6		2,6	2,4	2,8		2,9	2,7	3,1		4,0	3,8	4,2	

[1] CTL = coefficient de tendance linéaire
* différence significative par rapport au quintile le plus élevé ($p<0,05$)
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002 à 2004-2005.

à la pratique d'un sport chez les enfants augmentaient avec l'aisance du secteur[41]. Une analyse préliminaire des codes des causes d'hospitalisation de la CIM a appuyé cette théorie : 29 % des blessures causées par un heurt dans les quartiers dont le revenu était le plus élevé étaient associées au sport, comparativement à 24 % dans les quartiers ayant le revenu le plus faible.

Comme il a été constaté dans certaines études[42-44], mais pas toutes[18,22], les enfants de 0 à 9 ans des quartiers ayant le revenu le plus faible présentaient un taux d'hospitalisation à la suite de blessures entraînées par une chute plus élevé que ceux des quartiers dont le revenu était le plus important. Par contre, chez les 10 à 19 ans, le taux était inférieur dans les quartiers ayant le revenu le plus faible. Il est possible que les circonstances des chutes ne soient pas les mêmes chez les jeunes enfants et chez les enfants plus âgés. Par exemple, les risques associés à l'absence de barrières pour enfants pourraient rendre les jeunes enfants plus susceptibles d'être hospitalisés à la suite d'une chute.

Points forts et limites

Les études canadiennes portant sur les liens entre le revenu du quartier et les blessures chez les enfants ont généralement été fondées sur des données d'enquête autodéclarées, qui ne fournissent pas de renseignements sur les diagnostics[30-32], ou sur des données administratives se rapportant à une seule ville ou un seul hôpital[22,35]. En revanche, nous avons utilisé quatre années de données d'hospitalisation (basées sur la population) se rapportant aux enfants de milieux urbains du Canada pour calculer des taux en fonction de l'âge et du sexe. En outre, les taux présentés dans notre article sont probablement conservateurs, car les hospitalisations à la suite de blessures survenues à l'extérieur de la province de résidence ont été exclues, de même que les cas où les enfants et les adolescents sont décédés avant d'être admis à l'hôpital. De plus, par définition, les personnes s'étant présentées aux urgences, à un cabinet de médecins ou à une clinique ont été exclues.

Notre étude comporte plusieurs limites. Comme le Québec ne consigne que les trois premiers caractères du code postal, la détermination des quintiles de revenu du quartier y a été moins précise que dans les autres provinces.

La recherche semble indiquer que le quartier a des effets indépendants sur les blessures subies par les enfants même lorsque l'on tient compte des facteurs individuels et familiaux[45]. Malgré tout, en raison du manque d'information relativement aux caractéristiques familiales ou aux comportements de l'enfant susceptibles d'influer sur le risque de blessures[32,46], il nous a été impossible d'établir, dans notre analyse, la contribution relative des facteurs liés à l'individu, à la famille et au quartier.

Il s'agit d'une étude écologique : les liens observés à l'échelle du quartier ne s'appliquent pas nécessairement à l'échelle de l'individu. De plus, les observations ne s'appliquent qu'aux milieux urbains et ne sont donc pas nécessairement valides dans le cas des milieux ruraux. En outre, nous n'avons eu accès à aucune donnée sur l'emplacement géographique où était survenue la blessure.

Répercussions sur la recherche

Les blessures subies par les enfants constituent un des grands enjeux stratégiques au Canada[1]. Les résultats de la présente étude pourraient être utiles dans le cadre de l'élaboration de stratégies visant à réduire les blessures chez les enfants. De plus, les taux d'hospitalisation présentés peuvent servir à examiner les changements au fil du temps. Il restera aux chercheurs à étudier l'incidence des dimensions sociales et physiques des quartiers sur les blessures subies par les enfants de même que l'influence relative des facteurs individuels et des facteurs liés au quartier, et à déterminer si les mêmes phénomènes s'observent dans les milieux ruraux.

Conclusion

Le taux d'hospitalisation à la suite de blessures non intentionnelles chez les enfants des milieux urbains du Canada varie selon le revenu du quartier. En effet, le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure causée par le feu, d'un empoisonnement, d'une noyade ou d'une suffocation et de coupures ou de perforations augmentait à mesure que le revenu du quartier diminuait. Dans le cas des hospitalisations à la suite d'une blessure causée par un heurt, la tendance présentait un gradient inverse, c'est-à-dire que la hausse du revenu du quartier était associée à un taux d'hospitalisation plus élevé. ■

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Dans les milieux urbains du Canada, les enfants et les adolescents des quartiers à faible revenu présentent des taux de mortalité due à des blessures non intentionnelles supérieurs.

Ce qu'apporte l'étude

- Les enfants et les adolescents des quartiers urbains à faible revenu sont plus susceptibles que ceux des quartiers mieux nantis d'être hospitalisés à la suite de blessures non intentionnelles.
- C'est chez les enfants de 0 à 9 ans que la relation entre le fait de vivre dans un quartier à faible revenu et l'hospitalisation à la suite d'une blessure était la plus marquée.
- Les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure causée par un heurt étaient plus élevés chez les jeunes de 10 à 19 ans des quartiers à revenu supérieur que chez ceux des quartiers à faible revenu.

Remerciements

Nous souhaitons souligner la contribution de Russell Wilkins, de Michelle Rotermann et de Helen Johansen, de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

Références

1. K. Leitch, *Vers de nouveaux sommets. Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*, Ottawa, ministre de la Santé, 2008.
2. Agence de la santé publique du Canada, *Principales causes d'hospitalisation, Canada, 2004, hommes et femmes confondus : nombre (taux brut pour 100 000)*, 2009.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Coûts des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada, 2004-2005*, Toronto, 2008.
4. T.L. Holbrook, D.B. Hoyt, R. Coimbra *et al.*, « Trauma in adolescents causes long-term marked deficits in quality of life: adolescent children do not recover preinjury quality of life or function up to two years postinjury compared to national norms », *Journal of Trauma*, 62(3), 2007, p. 577-583.
5. T.M. Davey, L.M. Aitken, D. Kassulke *et al.*, « Long-term outcomes of seriously injured children: a study using the Child Health Questionnaire », *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(5-6), 2005, p. 278-283.
6. X. Hu, D.E. Wesson, S. Logsetty et L.J. Spence, « Functional limitations and recovery in children with severe trauma: a one-year follow-up », *Journal of Trauma*, 37(2), 1994, p. 209-213.
7. A.L. Winthrop, K.J. Brasel, L. Stahovic *et al.*, « Quality of life and functional outcome after pediatric trauma », *Journal of Trauma*, 58(3), 2005, p. 468-473.
8. Agence de la santé publique du Canada, *Principales causes de décès, Canada, 2004, hommes et femmes confondus : nombre (taux brut de mortalité pour 100 000)*, 2009.
9. T. Leventhal et J. Brooks-Gunn, « The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes », *Psychological Bulletin*, 126(2), 2000, p. 309-337.
10. L.N. Oliver, J.R. Dunn, D.E. Kohen et C. Hertzman, « Do neighbourhoods influence the readiness to learn of kindergarten children in Vancouver? A multilevel analysis of neighbourhood effects », *Environment and Planning A*, 39(4), 2007, p. 848-868.
11. D.E. Kohen, J. Brooks-Gunn, T. Leventhal et C. Hertzman, « Neighborhood income and physical and social disorder in Canada: associations with young children's competencies », *Child Development*, 73(6), 2002, p. 1844-1860.
12. G.J. Duncan, J. Brooks-Gunn et P.K. Klebanov, « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, 65(2 Spec No), 1994, p. 296-318.
13. Y. Xue, T. Leventhal, J. Brooks-Gunn et F.J. Earls, « Neighborhood residence and mental health problems of 5- to 11-year-olds », *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 2005, p. 554-563.
14. A. Reimers et L. Laflamme, « Neighbourhood social and socio-economic composition and injury risks », *Acta Paediatrica*, 94(10), 2005, p. 1488-1494.
15. R. Poulos, A. Hayen, C. Finch et A. Zwi, « Area socioeconomic status and childhood injury morbidity in New South Wales, Australia », *Injury Prevention*, 13(5), 2007, p. 322-327.
16. M. Moustaki, E. Petridou et D. Trichopoulos, « Person, time and place coordinates of pedestrian injuries: a study in Athens », *Acta Paediatrica*, 90(5), 2001, p. 558-562.
17. J.A. Locke, A.M. Rossignol et J.F. Burke, « Socioeconomic factors and the incidence of hospitalized burn injuries in New England counties, USA », *Burns*, 16(4), 1990, p. 273-277.
18. K. Engstrom, F. Diderichsen et L. Laflamme, « Socioeconomic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden », *Injury Prevention*, 8(2), 2002, p. 137-142.
19. L. Laflamme et A. Reimers, « Neighborhood social characteristics and fall injuries in children. An area-based study in Stockholm County », *Soz Praventivmed*, 51(6), 2006, p. 355-362.
20. A. Reimers et L. Laflamme, « Neighborhood social composition and injury risks among pre-adolescent and adolescent boys and girls. A study in Stockholm metropolitan », *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(3), 2004, p. 215-227.
21. P. Hewson, « Deprived children or deprived neighbourhoods? A public health approach to the investigation of links between deprivation and injury risk with specific reference to child road safety in Devon County, UK », *BMC Public Health*, 4, 2004, p. 15.
22. T. Faelker, W. Pickett et R.J. Brison, « Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada », *Injury Prevention*, 6(3), 2000, p. 203-208.
23. A.J. Romero, T.N. Robinson, H.C. Kraemer *et al.*, « Are perceived neighborhood hazards a barrier to physical activity in children? », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(10), 2001, p. 1143-1148.
24. S. Coen et N. Ross, « Exploring the material basis for health inequalities: Characteristics of parks in Montreal with contrasting health outcomes », *Health and Place*, 12(4), 2006, p. 361-371.
25. D.C. Collins et R.A. Kearns, « Geographies of inequality: child pedestrian injury and walking school buses in Auckland, New Zealand », *Social Science and Medicine*, 60(1), 2005, p. 61-69.
26. G.R. Istre, M.A. McCoy, L. Osborn *et al.*, « Deaths and injuries from house fires », *New England Journal of Medicine*, 344(25), 2001, p. 1911-1916.
27. A.K. Macpherson, C. Macarthur, T.M. To *et al.*, « Economic disparity in bicycle helmet use by children six years after the introduction of legislation », *Injury Prevention*, 12(4), 2006, p. 231-235.
28. W.J. Millar et I.B. Pless, « Facteurs liés au port du casque à vélo », *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. J.V. Turner, M. Spallek, J.M. Najman *et al.*, « Socio-economic distribution of environmental risk factors for childhood injury », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(6), 2006, p. 514-518.
30. K. Simpson, I. Janssen, W.M. Craig et W. Pickett, « Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(12), 2005, p. 1072-1077.
31. B.K. Potter, K.N. Speechley, J.J. Koval *et al.*, « Socioeconomic status and non-fatal injuries among Canadian adolescents: variations across SES and injury measures », *BMC Public Health*, 5, 2005, p. 132.
32. H. Soubhi, P. Raina et D.E. Kohen, « Neighborhood, family, and child predictors of childhood injury in Canada », *American Journal of Health Behavior*, 28(5), 2004, p. 397-409.
33. C.S. Birken, P.C. Parkin, T. To et C. Macarthur, « Trends in rates of death from unintentional injury among Canadian children in urban areas: influence of socioeconomic status », *Canadian Medical Association Journal*, 175(8), 2006, p. 867.
34. M.D. Brownell, D. Friesen et T. Mayer, « Childhood injury rates in Manitoba: Socioeconomic influences », *Canadian Journal of Public Health*, 93(suppl. 2), 2002, p. S50-S56.
35. G. Dougherty, I.B. Pless et R. Wilkins, « Social class and the occurrence of traffic injuries and deaths in urban children », *Canadian Journal of Public Health*, 81(3), 1990, p. 204-209.
36. Agence de la santé publique du Canada, « Surveillance des blessures en direct : Matrice de transition de CIM-9 à CIM-10 », 2008, disponible à l'adresse http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/is-sb/chirpp/ICD10-ICD9TransitionMatrixISOL-fr.xls.

37. R. Wilkins. *FCCP – Version 4G Guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada, mis à jour en octobre 2005*. Ottawa, 2006 (Statistique Canada, nº 82F0086-XDB au catalogue).

38. Statistique Canada. « Région métropolitaine de recensement (RMR) » et « Agglomération de recensement (AR) ». *Dictionnaire du recensement de 2001, Version Internet* (nº 92-378-XIF au catalogue). Ottawa, 2002.

39. B. Rosner. *Fundamentals of Biostatistics, 5th Edition*. Duxbury, Pacific Grove, 2000.

40. J. Hippisley-Cox, L. Groom, D. Kendrick *et al.*, « Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent 1992-7 ». *British Medical Journal*, 324(7346), 2002, p. 1132.

41. R.A. Lyons, M.A. Delahunty, M. Heaven *et al.*, « Incidence of childhood fractures in affluent and deprived areas: population based study ». *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 149.

42. A. Reimers et L. Laflamme, « Neighbourhood social and socio-economic composition and injury risks ». *Acta Paediatrica*, 94(10), 2005, p. 1488-1494.

43. C.S. Birken et C. Macarthur, « Socioeconomic status and injury risk in children ». *Journal of Paediatrics and Child Health*, 9(5), 2004, p. 323-325.

44. A. Khambalia, P. Joshi, M. Brussoni *et al.*, « Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review ». *Injury Prevention*, 12(6), 2006, p. 378-381.

45. R. Haynes, R. Reading et S. Gale, « Household and neighbourhood risks for injury to 5-14 year old children ». *Social Science and Medicine*, 57(4), 2003, p. 625-636.

46. R. Reading, I.H. Langford, R. Haynes et A. Lovett, « Accidents to preschool children: comparing family and neighbourhood risk factors ». *Social Science and Medicine*, 48(3), 1999, p. 321-330.

Annexe

Tableau A
Versions utilisées de la Classification internationale des maladies, par province et exercice financier

Province	Exercice 2001	Exercice 2002	Exercice 2003	Exercice 2004
Terre-Neuve-et-Labrador	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Île-du-Prince-Édouard	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Nouvelle-Écosse	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Nouveau-Brunswick	CIM-9-MC	CIM-9-MC	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Québec	CIM-9	CIM-9	CIM-9	CIM-9
Ontario	CIM-9, CIM-9-MC	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Manitoba	CIM-9-MC	CIM-9-MC	CIM-9-MC	CIM-10-CA
Saskatchewan	CIM-9, CIM-9-MC, CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Alberta	CIM-9-MC	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA
Colombie-Britannique	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA	CIM-10-CA

CIM-10-CA = Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, adaptation canadienne
CIM-9-MC = Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision, modifications cliniques
CIM-9 = Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision

Tableau B
Nombre d'hospitalisations pour blessure non intentionnelle, par catégorie de blessures, quintile de revenu du quartier, sexe et groupe d'âge, population urbaine de 0 à 19 ans, Canada, 2001-2002 à 2004-2005

Catégorie de blessures / Quintile de revenu du quartier	Total	Sexe		Groupe d'âge (années)	
		Garçons	Filles	0 à 9 ans	10 à 19 ans
Total					
Total	76 227	50 653	25 574	32 768	43 459
1 (le plus faible)	14 806	9 679	5 127	7 396	7 410
2	14 346	9 448	4 898	6 435	7 911
3	15 401	10 282	5 119	6 491	8 910
4	16 139	10 772	5 367	6 595	9 544
5 (le plus élevé)	15 535	10 472	5 063	5 851	9 684
Chutes					
Total	32 695	21 240	11 455	16 601	16 094
1 (le plus faible)	6 119	3 895	2 224	3 441	2 678
2	6 126	3 957	2 169	3 214	2 912
3	6 484	4 196	2 288	3 277	3 207
4	7 011	4 616	2 395	3 419	3 592
5 (le plus élevé)	6 955	4 576	2 379	3 250	3 705
Transport terrestre					
Total	15 880	10 896	4 984	3 753	12 127
1 (le plus faible)	2 995	2 022	973	914	2 081
2	3 033	2 081	952	743	2 290
3	3 447	2 365	1 082	781	2 666
4	3 365	2 316	1 049	748	2 617
5 (le plus élevé)	3 040	2 112	928	567	2 473
Heurt					
Total	8 335	6 553	1 782	2 125	6 210
1 (le plus faible)	1 310	1 015	295	443	867
2	1 411	1 125	286	397	1 014
3	1 620	1 295	325	419	1 201
4	1 930	1 519	411	463	1 467
5 (le plus élevé)	2 064	1 599	465	403	1 661
Empoisonnements					
Total	3 953	2 161	1 792	2 622	1 331
1 (le plus faible)	1 053	590	463	732	321
2	796	438	358	526	270
3	752	417	335	510	242
4	722	369	353	471	251
5 (le plus élevé)	630	347	283	383	247
Coupures et perforations					
Total	2 230	1 656	574	764	1 466
1 (le plus faible)	527	388	139	194	333
2	464	333	131	149	315
3	438	319	119	151	287
4	429	321	108	144	285
5 (le plus élevé)	372	295	77	126	246
Milieu naturel					
Total	1 760	949	811	1 208	552
1 (le plus faible)	366	206	160	252	114
2	324	165	159	231	93
3	405	226	179	264	141
4	362	205	157	263	99
5 (le plus élevé)	303	147	156	198	105
Feu					
Total	1 750	1 084	666	1 268	482
1 (le plus faible)	508	294	214	398	110
2	380	225	155	283	97
3	309	217	92	211	98
4	297	183	114	207	90
5 (le plus élevé)	256	165	91	169	87
Noyades et suffocations					
Total	993	635	358	810	183
1 (le plus faible)	233	151	82	189	44
2	201	128	73	165	36
3	187	115	72	160	27
4	200	119	81	158	42
5 (le plus élevé)	172	122	50	138	34
Autres blessures					
Total	8 980	5 726	3 254	3 769	5 211
1 (le plus faible)	1 765	1 170	595	870	895
2	1 679	1 037	642	760	919
3	1 844	1 194	650	746	1 098
4	1 889	1 171	718	748	1 141
5 (le plus élevé)	1 803	1 154	649	645	1 158

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002 à 2004-2005.